Denumire furnizor …… **ANEXA NR. 1**

CENTRALIZATOR DOCUMENTE FURNIZOR

Nr. crt.	Adresa sediului social lucrativ/ puncte de lucru	AVIZ DE FUNCTIONARE			DECIZIE DE EVALUARE			DOVADA ASIGURARII DE RASPUNDERE CIVILA IN DOMENIUL MEDICAL PENTRU FURNIZOR				ADEVERINTA DE INSCRIERE IN PROCEDURA DE ACREDITARE*
		Numar/data aviz de functionare	Valabil pana la …	Numar/data anexe la avizul de functionare (daca este cazul)	Casa de asigurari de sanatate care a emis decizia de evaluare	Numar/data decizie de evaluare	Valabila pana la …	Societatea de asigurari	Serie/Numar	Valabila de la …	Valabila pana la …	Numar/data

***) Daca va incadrati in categoria de furnizori care nu trebuie să facă dovada acreditării/înscrierii în procesul de acreditare, completati cu "NU ESTE CAZUL"**

Data REPREZENTANT LEGAL,